DES N° 116.

DÉPÔTS URINEUX;

THÈSE

Presentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 20 juin 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR BOISSEAU-DE-MELLANVILLE, de Vendôme,

Département de Loir-et-Cher.

Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis
Causa.....

OVID.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL,
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX, *Président.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Suppléant.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocq.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte.)	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille, *Examinateur.*
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Suppléant.*
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau, *Examinateur.*
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

MON MEILLEUR AMI.

A MA BONNE MÈRE.

J. DE MELLANVILLE.

DES

DÉPÔTS URINEUX.

On désigne sous le nom de *dépôt urineux* toute tumeur formée par l'effusion des urines hors de leurs réservoirs ou de leurs conduits naturels. Ils peuvent avoir lieu dans l'intérieur du bassin ou à l'extérieur ; dans ce dernier cas, c'est principalement au périnée ou aux environs qu'ils se montrent.

Les dépôts urineux sont toujours la suite d'une solution de continuité ou crevasse d'un des organes urinaires. Cette crevasse, dont les causes sont très-nombreuses, peut avoir lieu à l'un des reins, des uretères, à la vessie ou à l'urètre, et produire des accidens plus ou moins graves, selon l'organe qu'elle affecte. Si c'est l'un des reins, des uretères ou la vessie, l'effusion d'urine qui en résulte porte ses ravage dans la région lombaire et l'intérieur du bassin. Si elle ne se manifeste point au dehors, le diagnostic en est très-obscur. Les signes commémoratifs, joints aux symptômes que le malade éprouve, peuvent seuls en faire soupçonner l'existence ; par exemple, quelque plaie pénétrante, la cessation des accidens d'une rétention, s'il en existait une sans écoulement d'urine au dehors, précédée d'une douleur subite que le malade a éprouvée à l'instant du soulagement, un sentiment de chatouillement dans la région affectée : ce sentiment est bientôt suivi du développement d'une inflammation qui devient très-

intense. Le ventre se tend, devient très-douloureux ; les vomissemens surviennent, le hocquet et la mort. Tous ces phénomènes se succèdent avec tant de rapidité, qu'il est rare que quelque signe extérieur donne une connaisance positive de ces épanchemens, qui sont toujours au-dessus des ressources de l'art. J'ai vu plusieurs fois apporter à l'Hôtel-Dieu des malades qui venaient, disait-on, d'éprouver les premiers symptômes de leur affection; ils étaient déjà privés de leurs facultés intellectuelles, et à peine étaient-ils placés dans l'hôpital qu'ils avaient cessé de vivre. Je ne parlerai donc plus des accidens produits par l'effusion des urines dans l'intérieur du bassin, et, pour ne pas embrasser d'ailleurs un sujet trop étendu, je me bornerai à traiter des dépôts urineux qui surviennent au périnée par suite de crevasse à l'urètre.

Ces dépôts sont de trois sortes et prennent une dénomination différente, selon la forme et la marche qu'ils affectent. 1°. Les urines peuvent être amassées et contenues dans une poche particulière formée par la tunique externe de l'urètre, sans y produire d'inflammation : c'est un dépôt par épanchement. 2°. Les urines, après avoir formé une ou plusieurs tumeurs, peuvent y produire de l'inflammation et de la suppuration, qui sera mêlée aux urines ; on peut appeler ce dépôt *urineux purulent*, ou, plus convenablement, *abcès urineux*. 3°. Dans un dernier cas, l'urine épanchée n'est point contenue dans une poche, mais bien disséminée dans une étendue plus ou moins grande du tissu cellulaire, et forme un dépôt par infiltration. Je vais examiner ces trois états successivement, après avoir indiqué leurs causes en général.

Ces causes peuvent agir à l'extérieur ou à l'intérieur : à l'extérieur, une plaie par instrument piquant ou tranchant au périnée peut ouvrir l'urètre ; une forte contusion sur cette région, produite par un coup de sabot, tel que l'homme que M. le professeur *Dupuytren* cite dans ses leçons en reçut un de sa femme, qui produisit la rupture de l'urètre ; ou bien par une chute sur un corps dur, le sujet ayant les cuisses écartées, et tombant comme à cheval, tel que le chartier dont *Desault* cite l'observation. A l'intérieur, un corps étranger pi-

quant introduit par les voies digestives et parvenu dans l'urètre, ou par la fosse naviculaire ; un cathéter conduit dans une mauvaise direction, ou par une main mal habile qui veut surmonter trop brusquement le moindre obstacle qui s'oppose à l'introduction de l'instrument, et produit de fausses routes : cette dernière cause est malheureusement une des plus fréquentes et celle qui donne lieu aux accidens les plus graves ; des ulcères à l'intérieur du canal, un abcès dans ses parois et qui s'ouvre dans son intérieur. Je crois que l'on peut nommer ces causes *directes*, et regarder comme *indirectes* celles qui ne produisent la crevasse de l'urètre que par la rétention des urines dans ce canal, et l'effort de ce liquide contre ses parois ; celles-ci existent également à l'extérieur et à l'intérieur, d'autres dans les propres parois de ce conduit excréteur. Les premières sont toutes les ligatures autour de la verge, un anneau ou une bobèche de chandelier dans laquelle elle est introduite ; toutes les tumeurs inflammatoires ou autres, qui peuvent se développer au périnée et sur le trajet de l'urètre ; la distention du rectum par des matières fécales ou un corps étranger. A l'intérieur, les calculs ou tout autre corps arrêté dans la cavité de l'urètre, venant de la vessie ou introduit par l'extrémité de la verge ; des caillots, des mucosités épaissies, des bougies brisées, etc. Ces corps, quoique d'un petit volume, peuvent obstruer le canal s'il est légèrement rétréci. M. le professeur *Roux* a vu un cas dans lequel une rétention d'urine était survenue après le coït, causée par du sperme épaissi arrêté derrière un léger rétrécissement. Dans l'épaisseur des parois : l'imperforation de l'urètre chez les enfans, les carnosités ou brides, les fongosités, les abcès qui peuvent s'y développer, les engorgemens inflammatoires, l'épaississement survenu à la suite de gonorrhée, surtout celles traitées mal à propos par les injections, ou à la suite de l'usage abusif des cantharides. Je ne parlerai point du rétrécissement spasmodique : à l'aide d'un traitement convenable, on peut le faire disparaître assez promptement pour qu'il ne donne pas lieu aux phénomènes dont je parle.

Lorsque le chirurgien est assez heureux pour être appelé auprès

d'un malade avant que ces causes aient donné lieu à quelque dépôt, il doit chercher à les faire disparaître, et prévenir les accidens plus graves qu'il prévoit : il doit donc, s'il existe quelque tumeur, la faire disparaître par les moyens convenables. Si la rétention est causée par la présence d'un calcul ou autre corps étranger à l'intérieur de l'urètre, il faut chercher à l'extraire, soit avec une petite curette, s'il est situé près de l'extrémité de la verge, ou des pinces à anneaux très-déliées, celles dites de *Hunter*. On a aussi employé la pression d'arrière en avant, après avoir injecté de l'huile dans le canal ; la succion. Si le canal est imperforé, il faut, à l'aide d'un bistouri, le percer suivant sa direction, et y passer une bougie pour entretenir l'ouverture ; si l'obstacle est dû à l'existence de quelque rétrécissement, de quelques carnosités, il faut rétablir le calibre du canal à l'aide de sondes placées à demeure ; mais le cathétérisme, dans ce cas, est ordinairement très-difficile : il faut alors faire précéder l'usage de bougies appropriées au degré du rétrécissement. On peut employer la sonde conique et pratiquer le cathétérisme forcé, mais il faut que cette sonde soit conduite par une main bien exercée ; on emploie aussi la cautérisation à l'aide du porte-caustique de *Ducamp*, chargé de nitrate d'argent fondu : ce moyen, qui a un grand avantage sur tous les autres, peut cependant donner lieu à des accidens inflammatoires. Lorsque le chirurgien, après avoir employé tous les moyens convenables pour surmonter l'obstacle qui s'oppose à la sortie de l'urine, n'a pu y parvenir, les accidens de la rétention augmentent, et le malade est menacé de quelque déchirure aux organes urinaires : c'est alors qu'il faut avoir recours aux derniers moyens pour la prévenir, et qu'il convient de pratiquer la ponction de la vessie ou la boutonnière, soit pour donner issue à l'urine, soit pour extraire le corps étranger qui s'oppose à sa sortie. *Desault*, dont l'autorité est à juste titre si respectée en chirurgie, ne veut pas que l'on pratique ces opérations, parce qu'il prétend qu'un chirurgien, avec de l'habilité et un peu d'adresse, parvient toujours à sonder un malade. Il est évident cependant qu'il est des cas où la sonde ne peut être intro-

duite. Il dit, ce qui est très-juste, qu'on ne détruit point la cause, et qu'on donne lieu à des fistules incurables. Mais, si l'on ne détruit point la cause, on prévient du moins de grands désordres, et l'on est ensuite plus à même de faire disparaître l'obstacle. La fistule qui résultera de la boutonnière, par exemple, sera toujours plus facile à guérir que celle qui sera produite par la déchirure de l'urètre; cette déchirure peut d'ailleurs s'opérer dans l'intérieur du bassin.

Si le chirurgien n'est pas arrivé assez tôt pour donner un libre cours aux urines, il en résultera qu'elles se feront jour par quelque crevasse, et formeront des dépôts qui sont, comme je l'ai dit, de trois sortes.

Dépôts urineux par épanchement.

Ces dépôts ont lieu lorsque l'urètre éprouve une déchirure ou une crevasse, surtout si cette crevasse se fait lentement : l'urine distend la tunique extérieure du canal et le tissu cellulaire voisin, en s'échappant par l'ouverture qu'elle trouve sur son passage, et forme une poche où elle s'amasse sans y produire d'inflammation : on voit alors au périnée une tumeur plus ou moins volumineuse, qui peut s'étendre jusque dans le scrotum; cette tumeur, arrondie, circonscrite, sans changement de couleur à la peau, indolente, avec fluctuation, augmente lors de l'émission des urines, qui s'y rendent par la crevasse; la distention de la poche, qui a lieu dans ce moment, la rend douloureuse, et oblige le malade à y porter la main pour se soulager; si, après avoir uriné, il continue à comprimer, il continue aussi à faire sortir de l'urine, et la poche se vide. A ces signes, on ne peut méconnaître un épanchement urineux.

Il pourrait se présenter au périnée, cas que je crois très-rare, un épanchement urineux dans le tissu cellulaire, qui ne serait pas la suite d'une crevasse à l'urètre mais à la vessie. Cette tumeur se distinguerait de la première, en ce que son volume n'augmenterait point par l'émission des urines, mais graduellement; parce que l'urine,

tombant goutte à goutte dans la vessie, se rendrait directement dans la poche formée au périnée. En la comprimant on ferait refluer le liquide qu'elle contiendrait dans son réservoir naturel.

L'urine peut encore s'amasser dans une poche particulière sans qu'il y ait crevasse à l'urètre, mais seulement dilatation de ses parois. Cette dilatation a lieu principalement dans la portion membraneuse. *Chopart* dit avoir observé un cas dans lequel elle affectait la portion spongieuse derrière le gland, sans qu'il existât aucun obstacle dans l'intérieur du canal, ce qui rend le fait encore plus extraordinaire. L'usage de la sonde suffit pour faire disparaître ces épanchemens, et rendre aux parois de l'urètre la force contractile qu'elles avaient perdue. Le docteur *Sévestre*, dans sa thèse (1808), dit qu'on a proposé l'excision de ces poches produites par la dilatation, pour diminuer l'étendue des parois qui les forment. Comme lui, je pense que cette opération est plutôt nuisible qu'utile

Les dépôts par épanchement, qui sont d'ailleurs assez rares, ne présentent rien de bien grave lorsque l'urètre n'est point obstrué ou entièrement fermé, et que la poche peut être vidée par la pression. Dans ce cas, l'usage de la sonde suffit pour amener la guérison en empêchant les urines de s'amasser de nouveau dans la poche. Les malades doivent s'assujétir à porter une sonde long-temps après la disparition de la tumeur, sans quoi elle se reformera inévitablement, la cicatrice de l'urètre pouvant n'être pas achevée. Lorsque ces dépôts ont existé quelque temps, il reste toujours quelques callosités, qu'on fait disparaître à l'aide de frictions mercurielles.

Il est rare que ces dépôts n'aient point été précédés et ne soient pas accompagnés de quelque obstacle au cours des urines, plus ou moins difficile à surmonter. Il faut absolument vaincre l'un pour faire disparaître l'autre : on y parvient à l'aide des moyens que j'ai indiqués en traitant des causes. Mais l'urine, ainsi arrêtée dans ce réservoir accidentel, peut se vicier et l'enflammer, donner lieu à une suppuration putride, gagner la peau, qui devient douloureuse, rouge, tendue, luisante, œdématiée, même la frapper de gangrène, et se

donner jour au dehors en établissant une fistule très-difficile à guérir. Avant de s'évacuer ainsi, le liquide peut produire un dépôt par infiltration.

Pour prévenir tous ces accidens, il convient de ne pas attendre l'ouverture spontanée. Dès que la tumeur s'enflamme, que le malade y ressent de la tension, une douleur lancinante, gravative, le chirurgien doit pratiquer une incision qu'il fait pénétrer jusque dans le foyer pour le vider complètement; on couvre la plaie de cataplasmes émolliens pour faire disparaître l'inflammation, puis on en rapproche les bords à l'aide d'une légère compression, ayant toujours soin de placer une sonde à demeure. Mais si la vessie était le siége de quelque irritation et ne pouvait supporter la présence de l'instrument, il faudrait, par des moyens convenables, faire rentrer ce viscère dans son état physiologique. Il convient d'ailleurs, avant d'y fixer une sonde, de l'habituer peu à peu à sa présence, après en avoir observé le degré de sensibilité. On couvre ensuite de plumasseaux de charpie enduits d'un digestif convenable et maintenus par un bandage.

Abcès urineux.

Les dépôts urineux par épanchement sont, comme je viens de le dire, assez rares, parce que l'urine étant un des liquides les plus irritans contenus dans notre économie, lorsqu'il s'échappe de ses conduits naturel, les tissus dans lesquels il se répand et qui ne sont point habitués à son contact en sont lésés; ils s'enflamment, deviennent le siége de foyers plus ou moins étendus de suppuration mêlée d'urine, et constituent des abcès urineux.

Ces abcès occupent ordinairement le périnée, le pourtour de l'anus, le scrotum, la racine de la verge et le pubis. Ils peuvent se montrer sous deux formes, être tuberculeux ou phlegmoneux. Les premiers ont lieux lorsque la crevasse est petite; l'urine à laquelle elle donne passage se répand lentement dans le tissu cellulaire, et s'y pratique des routes plus ou moins étendues garnies de callosités.

On distingue alors sur le trajet de l'urètre plusieurs petites tumeurs dures, indolentes, sans changement de couleur à la peau. Bientôt ses tumeurs s'enflamment, entrent en suppuration, et forment autant de petits abcès dont l'ouverture, entretenue par l'urine, établit autant de fistules urinaires, en sorte que quelquefois on voit le périnée et le scrotum percés comme une pomme d'arrosoir. La sonde est le seul moyen à employer contre ces petits abcès.

L'abcès phlegmoneux diffère des précédens, en ce que la crevasse étant plus grande l'inflammation est plus étendue et donne lieu à une collection purulente beaucoup plus considérable. Il se montre ordinairement au périnée avec le caractère d'un véritable phlegmon; on peut même confondre celui-ci avec un abcès urineux et l'ouvrir comme tel; mais la méprise n'entraîne aucune suite fâcheuse, puisque l'un et l'autre exige qu'on l'ouvre de bonne heure afin de prévenir la désorganisation, qui serait la suite d'un retard et qui porterait atteinte à des organes qu'il est important de préserver. A l'ouverture, on reconnaît que ce n'est point un simple phlegmon à la consistance du pus et à l'odeur d'urines qui s'exhale. Lorsque le malade, négligent, a tardé à consulter, ou que le chirurgien, imprévoyant, a voulu, par méprise, en attendre la maturation, le foyer s'étend aux régions voisines. La tumeur qui paraît peut encore n'être presque pas douloureuse, sans changement de couleur à la peau, en imposer par l'absence de fluctuation, si le foyer est profond, et faire perdre un temps précieux. C'est alors que l'inflammation porte ses ravages fort loin : ainsi le pourtour de l'anus, le périnée, le scrotum, les aines deviennent le siége d'une collection immense de pus et d'urine, et constituent une maladie très-grave. Le malade est encore fort heureux lorsque l'abcès ne s'est pas porté à l'intérieur.

Il importe donc de plonger le bistouri dans ces dépôts dès qu'on a le moindre soupçon de leur existence; devrait-on ne faire sortir que du sang par la première incision, comme il arrive quelquefois, il faut continuer; et après avoir incisé une grande épaisseur de tissus tuméfiés, infiltrés, on parvient dans le foyer : une grande quantité de

sang mêlé d'urine s'écoule, et prouve que le chirurgien n'a point commis de faute. Si l'abcès a lieu entre la racine de la verge et la symphise des pubis, l'incision pratiquée est très-difficile à se cicatriser, elle se transforme presque toujours en fistule. Lorsque le dépôt existe dans les parois de l'urètre ou sur son trajet, et qu'il n'est pas très-volumineux, *Desault* ne veut pas qu'on l'ouvre, pour éviter une fistule; il pense que l'usage de la sonde suffit à la guérison, et que le pus s'échappe par la crevasse, entre les parois du canal et l'instrument qu'il contient. Mais le liquide, comme il le dit lui-même, ne pouvant se résorber, et la sortie en étant gênée par la présence même de la sonde, peut causer de grands ravages avant de se vider; le dépôt peut d'ailleurs n'être guéri qu'en apparence, la crevasse persister et les accidens se renouveler dès que la sonde sera retirée. Je pense que l'on ne doit point craindre une fistule, qui sera facile à prévenir, pour s'opposer à des inconvéniens beaucoup plus graves, qui ameneraient l'accident redouté par *Desault* avec des circonstances beaucoup plus défavorables. Lorsqu'on a ouvert le dépôt, il faut rendre à l'urètre les dimensions qu'il a perdues, et y fixer une sonde pour rétablir le cours ordinaire des urines et les empêcher de baigner les parties malades. Il n'est pas toujours facile d'introduire cet instrument : l'obstacle ne tient point dans ce cas à quelque rétrécissement, mais à la désorganisation du canal lorsque l'abcès est survenu à la suite d'une forte contusion au périnée. Le calfat dont *Chopart* cite l'observation se trouvait dans cette fâcheuse circonstance. Il faut alors se conduire comme le fit le chirurgien de Toulon, chargé de ce malade : après avoir pratiqué la ponction de la vessie, il introduisit dans ce viscère une sonde qui pénétra dans l'urètre; une autre sonde fut introduite par la fosse naviculaire et dirigée sur le bec de la première, qui lui servit de conducteur pour entrer dans la vessie. On panse l'incision, qui a dû être proportionnée à l'étendue du dépôt, avec de la charpie molle, on en rapproche les bords en comprimant légèrement, et on apaise l'inflammation à l'aide de cataplasmes émolliens, d'eau végéto-minérale. Lorsque l'abcès est petit, il suffit

quelquefois de couvrir l'incision avec un emplâtre de diachylum; lorsque le dépôt est très-étendu, il est rare qu'il ne reste pas quelque fistule urinaire.

Dépôts urineux par infiltration.

Cette sorte de dépôts, dont il me reste à parler, est celle qui est le plus à redouter et qui exerce le plus de ravages.

Ces dépôts se forment lorsque la crevasse est grande et le canal très-rétréci; l'urine s'échappe par l'ouverture qui lui est pratiquée et vient se répandre dans le tissu cellulaire du périnée, de la verge et des parties voisines; elle s'y infiltre avec d'autant plus de promptitude que la rétention est plus complète et que la vessie, distendue, a conservé plus de contractilité. Les accidens de la rétention cessent, mais sont remplacés par d'autres plus graves : il se manifeste au périnée et aux parties envahies par l'urine une tuméfaction très-prononcée, sans changement de couleur à la peau d'abord; elle fait éprouver au toucher une crépitation semblable à celle qui a lieu dans l'emphysème; le malade y éprouve un sentiment de frémissement; la tuméfaction, en augmentant, s'oppose à l'émission des urines et favorise l'infiltration, qui fait des progrès rapides; le prépuce, tellement gonflé, empêche qu'on puisse découvrir le gland; la peau, qui était tendue, blanche, luisante, devient rouge, s'enflamme, devient le siége d'une œdématie gangréneuse; des escharres se forment, et si l'on n'arrête promptement les progrès de cette infiltration, toutes les parties que l'urine envahira seront frappées de mort : l'action irritante dont ce liquide est doué rend aisément compte des désordres qu'il peut causer. C'est alors que les tégumens du périnée, de la verge, de la partie inférieure de l'abdomen, de la partie supérieure des cuisses, sont frappés de gangrène; les escharres se détachent et laissent à nu toutes les parties sous-jacentes; le scrotum, détruit, fait voir les testicules suspendus au cordon des vaisseaux spermatiques flotter au milieu de ce vaste ulcère. M. le professeur *Boyer* cite, dans ses ouvrages de chirurgie, un cas dans lequel l'infil-

tration s'étendait aux lombes et au dos, jusqu'aux omoplates. Le tissu cellulaire, frappé de mort, tombe en pourriture, et est entraîné en lambeaux par la suppuration. Quel chirurgien, peu habitué à observer ces sortes de maladies, ne serait pas effrayé à l'aspect d'un semblable désordre et ne désespérerait pas de sauver le malade. J'éprouvai cette même impression lorsque je vis pour la première fois les effets d'une infiltration : le sujet n'offrait point une dénudation aussi vaste que celle dont je viens de parler ; la peau du périnée, de la verge et du scrotum était en partie détruite; les aines avaient été atteintes aussi. Le malade paraissait dans d'assez bonnes conditions : cependant, après avoir lutté long-temps contre son mal, il finit par succomber. C'est alors que je dus être persuadé que de tels ravages étaient irréparables ; j'ai eu depuis les preuves, rares en effet, du contraire, et l'observation m'a démontré que la nature était plus puissante que l'art. Cet ulcère, dont l'étendue effraie, finit par se cicatriser ; les testicules, qui semblaient d'abord destinés à rester dénudés, se collent aux parties voisines, la cicatrice rapproche les bords de la plaie de la circonférence au centre et leur forme une nouvelle enveloppe. Quoique la nature soit bien puissante, elle a cependant besoin d'être secondée par l'art.

Lorsqu'on est appelé près d'un malade chez lequel les accidens de l'infiltration se sont manifestés, le premier soin pour obtenir un résultat favorable est d'en arrêter les progrès. Le chirurgien ne cherchera point à dilater le canal de l'urètre pour rendre un libre cours aux urines, il perdrait en tentatives un temps précieux, pendant lequel le mal s'étendrait, il prendra ce soin un peu plus tard ; il doit s'occuper de produire un dégorgement prompt. Il convient donc de pratiquer sur-le-champ des incisions convenables sur les parties malades. On distingue en les divisant un bruit que les auteurs ont comparé à celui d'un parchemin qu'on déchire. On ne cherchera point, en pratiquant ces incisions, à ne favoriser que l'écoulement du liquide infiltré pour épargner les tégumens ; on doit se rappeler, comme je l'ai dit, que tous les tissus arrosés par l'urine sont frappés de mort,

à moins que l'infiltration ait eu lieu peu d'heures avant. En conséquence, on n'a aucun ménagement à garder pour les parties qu'on va inciser, et on doit les diviser dans une étendue proportionnée à celle du mal. Le but n'est point d'éviter des cicatrices un peu plus grandes, mais de produire un dégorgement complet le plus promptement possible, pour éviter que le tissu cellulaire soit détruit et la peau frappée de mort ou décollée dans une étendue très-grande. Lorsque les incisions convenables sont pratiquées, il faut panser les plaies. On appliquera des cataplasmes émolliens arrosés d'eau végéto-minérale, pour relâcher les parties enflammées et détruire le gonflement. Si la peau et le tissu cellulaire doivent, par ces moyens, échapper à la mort, il surviendra, dans les bords des plaies, un gonflement inflammatoire, lorsque la suppuration s'établira, qui annoncera les efforts de la nature pour conserver le tissu affecté. Si, au contraire, ils sont frappés de mort, il restent flasques, livides; ils forment des plaques noires; les parties voisines s'enflamment, et il s'établit une suppuration qui détache les escharres; le tissu cellulaire sort de l'ulcère par lambeaux. Lorsqu'au bout de trois à quatre jours le dégorgement urineux s'est fait complètement, c'est le moment de fixer une sonde dans la vessie. On couvre la plaie de plumasseaux ou de linge troué enduit de cérat et de la charpie sèche par-dessus. Selon l'indication, on devra favoriser la marche de la guérison par des relâchans si l'inflammation est trop grande, ou par les antiseptiques, la décoction de quinquina, l'eau-de-vie camphrée, le chlorure d'oxyde de sodium; on ne négligera pas surtout de changer l'appareil, les pièces en étant continuellement mouillées par l'urine. A ces moyens il faut joindre les moyens intérieurs; si les forces du malade sont abattues, il faut les relever par l'usage du quinquina ou autres cordiaux; mais on doit bien prendre garde de s'en laisser imposer, et ne pas confondre l'abattement causé par l'excès de l'inflammation avec un véritable défaut de forces. Avec beaucoup de soin, on parvient quelquefois à sauver les malades : je dis quelquefois, parce qu'il est rare, lorsque le dépôt a étendu ses ravages un peu loin, que les su-

jets y résistent. Souvent, au moment où on les croit en voie de guérison, il survient des escharres au sacrum, toujours inévitables après un long séjour dans le lit, et surtout dans une maladie semblable. On pourrait prévenir ces accidens, en couvrant de bonne heure le sacrum de quelqu'emplâtre préservatif ou en l'entourant de coussins mollets ; mais lorsque le sacrum est le siége de quelque escharre, il n'est plus temps d'y remédier : presque toujours cet accident, qui pourrait paraître léger, s'aggrave, affaiblit les malades, qui finissent par succomber.

I^re^. OBSERVATION.

Un homme, âgé de trente-neuf ans, ancien militaire, vint le 5 décembre 1827 à l'Hôtel-Dieu, pour la quatrième fois, réclamer des secours contre une dysurie dont il avait ressenti les premières atteintes en 1816. Il avait eu sept ou huit blénorrhagies traitées par les injections, et suivies d'un tétrécissement contre lequel on avait employé plusieurs fois la dilatation. Quelques mois avant son entrée à l'hôpital, on avait essayé la cautérisation ; mais étant d'un tempérament très-nerveux, son extrême irritabilité avait empêché de continuer ce traitement, qu'on avait fait suivre de la dilatation.

Lorsqu'il se présenta à l'Hôtel-Dieu, la dysurie avait reparu depuis plusieurs jours ; la miction ne se faisait qu'avec effort et était accompagnée de douleurs cuisantes dans le trajet de l'urètre. Il existait au périnée jusqu'à la racine du scrotum, un engorgement phlegmoneux qui occupait tout le tissu cellulaire environnant l'urètre, avec légère rougeur à la peau. On appliqua des sangsues et des émolliens ; on essaya d'introduire dans la vessie une sonde qui fut arrêtée un peu en avant de la portion bulbeuse ; et quoique le chirurgien n'ait exercé qu'un effort très-léger, le bec de l'instrument pénétra dans un foyer d'où s'écoula une grande quantité de pus. La tumeur diminua considérablement ; des topiques émolliens en avaient opéré la résolution presque entière, lorsqu'il survint de nouveaux accidens. On avait introduit une bougie très-fine, que le malade avait retirée plusieurs

fois. Le 15 décembre elle était ôtée ; il fit un grand effort pour uriner, et ressentit tout à coup une douleur très-vive dans l'urètre, le scrotum et la fosse iliaque gauche ; les bourses acquirent un volume plus que quadruple ; la tumeur était très-douloureuse et dure ; la fosse iliaque était aussi tuméfiée ; il se développa des symptômes de péritonite très-intenses ; nausées, vomissement, hoquet, grippement de la face, abattement général, présages sinistres du malade. Le bassin était d'une sensibilité extrême ; on appliqua des sangsues en grand nombre (cent en trois fois.) On tenta de nouveau, sans succès, d'introduire une sonde dans la vessie; elle donna issue à du sang mêlé à une matière purulente urineuse. Une large boutonnière fut alors pratiquée au périnée en arrière du scrotum, et donna un libre écoulement aux urines. Des émolliens furent tenus constamment sur le scrotum et le ventre ; l'inflammation se calma peu à peu, le dégorgement eut lieu et permit, le 1^er^ janvier, d'introduire une sonde n°. 5. Cette sonde tenue ouverte était destinée à prévenir l'infiltration en même temps qu'elle opérait la dilatation du canal. On augmenta progressivement le volume des sondes ; ce ne fut cependant qu'à la fin de février que la fistule résultant de la boutonnière fut complètement fermée. Le malade sortit vers cette époque parfaitement guéri.

II^e^. OBSERVATION.

Un homme, âgé de trente-deux ans, journalier, d'une constitution sèche, vint à l'Hôtel-Dieu le 3 janvier 1828. Il dit n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. Le 22 décembre, travaillant sur la route par un temps de pluie et de froid, il prit deux litres de vin pour se réchauffer. Trois jours après, il fut pris de dysurie (comme il le disait, d'*échauffeture*) et de constipation, tourmenté par des envies fréquentes d'uriner, qu'il ne pouvait satisfaire que par un jet filiforme ou bifurqué. Il vint de Saint-Ouen chercher des secours à Paris ; le trajet ne fit qu'augmenter ses souffrances. Lorsqu'il arriva à l'hôpital, la rétention d'urine était complète, la vessie très-distendue et

douloureuse ; le prépuce, infiltré, recouvrait entièrement le gland ; les bourses et la verge étaient le siége d'un engorgement inflammatoire qui s'étendait à la partie supérieure des cuisses et aux aines. Ces parties, très-tuméfiées, rouges et brûlantes, étaient très-sensibles à la pression et offraient un caractère emphysémateux très-prononcé. Un suintement séreux s'observe sur les parties enflammées, de la fluctuation se manifeste à la partie inférieure du scrotum, la région périnéale est aussi tendue et douloureuse. Il est évident qu'il existe un dépôt urineux par infiltration : la formation d'escharres gangréneuses est à craindre. Monsieur *Breschet* pratique à la partie postérieure du scrotum une incision de deux pouces dans le sens du raphé ; aussitôt il s'échappe une grande quantité de pus sanieux caractérisé par une odeur urineuse très-prononcée, et le malade se trouve soulagé : la tumeur de l'aine gauche diminue par l'écoulement du liquide. On prescrit un bain et des cataplasmes sur les parties enflammées. Le deuxième jour, deux petites escharres existent à la partie inférieure du scrotum ; du pus et de l'urine s'échappent par l'incision. (Même prescription.) Le troisième jour, le malade est très-souffrant ; la bouche est sèche, la soif vive, le pouls fréquent et faible, l'infiltration du scrotum et de la verge a beaucoup diminué, mais les escharres ont augmenté ; de chaque côté il s'élève, des fosses iliaques aux lombes, un trajet érysipélateux, la chaleur y est âcre, il y a état emphysémateux, la pression est très-douloureuse. (Prescription : quarante sangsues, bains, cataplasmes, limonade gommée.) Les accidens ont un peu diminué, l'ifiltration a gagné la partie supérieure de la cuisse gauche. (Cinquante sangsues, prescription *idem.*) Les escharres du scrotum tombent et laissent échapper des lambeaux de tissu cellulaire en pourriture. Le sixième jour, on sent une fluctuation crépitante au-dessus de l'aine et de la crête iliaque gauche ; une incision est pratiquée et donne issue à une grande quantité de pus urineux d'une odeur très-forte. Des lambeaux du tissu cellulaire continuent à s'échapper par les plaies du périnée et du scrotum, les testicules se trouvent entièrement à nu. L'état général du malade est désespérant ;

il est survenu du dévoiement, de la somnolence et un léger délire. (Prescription *idem*, sangsues exceptées, un demi-lavement.) Le malade est plaintif, le hocquet est survenu, tout le scrotum est détruit par la gangrène. Les bords de l'incision pratiquée à l'aine gauche se gangrènent, et laissent échapper un pus fétide. (Prescription *idem.*) L'état du malade s'aggrave, formation d'un nouvel abcès urineux à la région lombaire droite, l'ouverture donne issue à une grande quantité de pus et d'urine d'une odeur très-fétide; parois de l'abdomen très-douloureuses; prostration extrême; des escharres nombreuses se forment dans tous les points où l'urine s'est infiltrée; le délire, qui avait cessé, a reparu. (Quinquina à l'intérieur, pansement avec le chlorure d'oxyde de sodium.) La gangrène fait des progrès, la langue et les dents deviennent fuligineuses, le malade se plaint continuellement, l'urine coule presque entièrement par la verge. (Prescription *idem.*) Le quatorzième jour, la figure du malade est moins souffrante; les plaintes ont cessé. Le seizième jour, le délire et le dévoiement sont presque continuels; énorme destruction de la peau aux régions iliaques et lombaires, suppuration abondante, prostration des forces. (Quinquina à l'intérieur, riz gommé, trois demi-lavemens.) Le dix-huitième jour, la suppuration est abondante, mais de bonne nature, le malade est mieux et demande à manger; toutes les urines sortent par la verge, toutes les escharres sont tombées, le mieux se soutient jusqu'au vingt-neuvième jour. Les pansemens se font avec du cérat et de la charpie, avec addition de chlorure d'oxyde de sodium deux fois par jour et très-rapidement. Le vingt-neuvième jour, la peau du côté gauche semble se recoller, les ponts qu'elle forme tombent en gangrène. Le trentième jour, il survient du dévoiement à la suite d'une indigestion, il cesse par le régime et les lavemens; la suppuration devient moins abondante, la plaie du scrotum se rétrécit, la cicatrice attire la peau voisine et recouvre les testicules, le vaste ulcère qui a lieu aux parois abdominales semble se dessécher dans plusieurs points; dans d'autres, il se forme une véritable cicatrice très-légère; le malade reprend des forces et de l'appé-

tit, les urines coulent par un jet très-gros et sans douleur. Le quarantième jour, la peau du sacrum est gangrénée dans une grande étendue; ce nouvel accident influe sur la cicatrisation des autres plaies, qui se couvrent de petites phlictènes remplies d'un liquide séreux; alors l'état du malade varie beaucoup, le dévoiement reparaît quelquefois, la plaie du scrotum seule fait des progrès vers la cicatrisation; la plaie résultant de la chute de l'escharre au sacrum devient blafarde, les bords se décollent, la suppuration est très-abondante; le malade s'affaiblit de plus en plus, le découragement s'empare de lui, et la mort survient.

Autopsie. Le sacrum est largement mis à nu, les apophyses épineuses en sont cariées; la muqueuse gastrique est épaissie et d'un gris ardoise, aucune lésion dans les autres organes; l'urètre n'offre dans son trajet qu'une petite plaque rouge au milieu de la portion membraneuse, indice de la cicatrice de la crevasse.

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I

Senibus autem, spirandi difficultates, catarrhi tussiculosi, stranguriæ, dysuriæ, articulorum dolores, nephritides, vertigines, apoplexiæ, mali corporis habitus, pruritus totius corporis, vigiliæ, alvi, et oculorum, et narium humiditates, visûs hebetudines, glaucedines, auditûs gravitates. *Sect.* 3, *aph.* 31.

II.

Si quis sanguinem aut pus mingat, renum, aut vesicæ exulcerationem significat. *Sect.* 4, *aph.* 75.

III.

Si quis sanguinem mingat, et grumos, et urinæ stillicidium habeat, et dolor judicat ad imum ventrem, et perinæum, partes circa vesicam laborant. *Ibid.*, *aph.* 80.

IV.

Quibus in urinariâ fistulâ tuberculum nascitur, his, suppurato eo et perrupto, solutio fit. *Ibid.*, *aph.* 82.

V.

Recto intestino inflammato, et utero inflammato, et renibus suppuratis, urinæ stillicidium supervenit : hepati autem inflammato, singultus supervenit. *Sect.* 5, *aph.* 58.